

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ



ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Методические рекомендации
по дисциплине «Внутренние болезни»
для студентов стоматологического факультета

Витебск, 2021

УДК 616.1/4-07:614.254(072)
ББК 54.1Я73
П60

Рецензент: зав. кафедрой общей и клинической фармакологии с курсом ФПК и ПК ВГМУ, профессор М.Р. Конорев.

Дроздова, М.С. Порядок обследования пациентов и правила оформления медицинской карты. Методические рекомендации под общей ред. Л.В. Соболевой / М.С. Дроздова, О.В. Драгун, Л.В. Соболева, В.Т. Валуй – Витебск: ВГМУ, 2021. – 26 с.

ISBN 978-985-580-069-0

Методические рекомендации «Порядок обследования пациентов и правила оформления медицинской карты» подготовлены в соответствии с типовой учебной программой по дисциплине «Внутренние болезни» для специальности 1-79 01 07 «Стоматология» от 19.06.2015г. регистрационный № ТД-L.504/тип; и учебной программой по дисциплине «Внутренние болезни» для специальности 1-79 01 07 «Стоматология», утвержденной 16.09.2015 г., регистрационный № УД-0171уч. В пособии представлена детализированная схема клинического обследования амбулаторного/стационарного пациента и оформления медицинской карты, лабораторные показатели в норме. Предназначается для студентов специальности «Стоматология» высших медицинских учебных заведений.

УДК 616.1/4-07:614.254(072)
ББК 54.1Я73
П60

ISBN 978-985-580-069-0

© М.С. Дроздова, О.В. Драгун,
Л.В.Соболева, В.Т. Валуй, И.В. Арбатская, 2021
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2021

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская карта стационарного пациента является основным первичным документом, составляемым на каждого поступающего, независимо от цели поступления и предназначена для записи наблюдений за состоянием пациента и лечебных мероприятий в течение всего периода лечения в лечебно-профилактическом учреждении. Медицинская карта должна содержать все данные, полученные при обследовании пациента.

Существующая в Республике Беларусь единая медицинская документация предусматривает обязательную для всех больниц и других лечебных учреждений форму медицинской карты.

Учитывая значение медицинской карты, как важнейшего медицинского и юридического документа, очень важно правильно понимать цели и задачи, стоящие перед врачами при ее заполнении. Молодым специалистам необходимо научиться последовательно и логически отражать в медицинской карте обследование пациента, этапы построения диагноза, подходы к назначению лечения, рекомендации по диспансерному наблюдению и реабилитационным мероприятиям после выписки пациента из стационара. Правильное составление и ведение карты стационарного пациента имеет большое учебное и воспитательное значение, так как приучает врача к систематическому наблюдению, помогает развить клиническое мышление.

Одним из важнейших этапов подготовки врачей является обучение грамотному оформлению медицинской документации, в том числе и медицинской карты стационарного пациента со всеми ее составными элементами.

ОБЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Медицинская карта должна содержать все данные, полученные при исследовании пациента. Эти данные должны быть записаны настолько полно и вместе с тем настолько последовательно и ясно, чтобы, прочитав медицинскую карту, не только составлявший ее врач, но и другой врач, которому передается для ведения пациент, или представитель врачебной администрации, или консультант могли составить себе четкое представление о пациенте. Медицинская карта играет большую роль при повторном поступлении пациента в медицинское учреждение – в то же самое или другое (тогда она выдается для ознакомления соответствующему врачу). Наконец, медицинская карта является экспертным документом, по которому может быть проверена работа врача, качество диагностики и лечения.

Приступая к написанию медицинской карты, студент **должен уметь:**

- выявить основные и дополнительные жалобы пациента (правильно собрать анамнез заболевания, анамнез жизни);
- провести объективное исследование по системам;
- на основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективных симптомов, данных инструментальных и лабораторных методов исследований обосновать диагноз.

Ежедневное наблюдение за динамикой состояния пациента отражается в дневниках медицинской карты. В дневнике отмечаются субъективные ощущения пациента, объективное состояние с указанием его динамики (положительной или отрицательной), если таковая имеется, основные параметры деятельности органов дыхания (частота, тип дыхания и т.д.) и сердечно-сосудистой системы (пульс, АД), системы мочевого выделения (физиологические отправления) мочеиспускание. В ежедневном Дневнике врач также корректирует диагностические и лечебные назначения.

СХЕМА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Медицинская карта № _____ стационарного пациента
Дата и время поступления _____
Дата и время выписки _____
Отделение, палата № _____
Проведено койко-дней _____
Вид транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть)
Группа крови _____
Резус-принадлежность _____
Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

Паспортные сведения

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол _____
3. Возраст _____
4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть), вписать адрес _____
5. Место работы, профессия или должность _____
6. Кем направлен пациент _____
7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)
8. Диагноз направившего учреждения _____
9. Диагноз при поступлении _____
10. Диагноз клинический (дата установления) _____
11. Диагноз заключительный клинический:
 - а) основной _____
 - б) осложнение основного _____
 - в) сопутствующий _____

I. СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (РАССПРОС)

1. Основные жалобы пациента и их детализация

В этот подраздел вносятся жалобы пациента, с которыми он был вынужден обратиться к врачу. Главной задачей при этом является детализация и полная характеристика каждой из жалоб, согласно схеме расспроса соответствующей системы.

Если пациент находится в бессознательном состоянии, то, при возможности, собирают анамнез у родственников.

2. «История» пациента (Анамнез)

Н.В.! Разделы Анамнеза – не анкета! Жалобы пациента описываются последовательно, в повествовательном стиле (!). Отсутствие жалоб – тоже фиксируется.

2.1. Общий анамнез (anamnesis communis)

Данный подраздел включает расспрос жалоб со стороны всех других органов и система организма, которые не входят в подраздел «Основные жалобы пациента», так как ввиду функционального единства всех систем организма, нарушение функции одной из них неизбежно влечет за собой то или иное расстройство функций других органов и систем. Детализация этих жалоб также обязательная, так как помогает в постановке диагноза основного заболевания и позволяет выявить осложнения, а также сопутствующую патологию.

Сюда же описываются в том числе жалобы, не беспокоящие пациента по основной системе заболевания (из раздела 1)

Самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое.

Общая слабость – нет/есть: в какой степени выражена (незначительно, значительно)

Работоспособность: сохранена, снижена, утрачена.

Утомляемость – нет/есть: быстрота ее наступления, факторы, способствующие утомляемости.

Похудание или прибавление в весе – нет/есть: с какого времени началось и в какой степени выражено.

Потливость – нет/есть: в какое время суток возникает, степень выраженности, факторы, способствующие появлению потливости.

Кожный зуд – нет/есть: общий или местный, давность его появления, с чем пациент связывает его появление.

Повышение температуры – нет/есть: когда появилось, время появления, постоянное или периодическое, колебание температуры в течение суток, сопровождается ли ознобом и потом.

Опорно-двигательный аппарат

Суставы: Боли – нет/есть: локализация, характер, постоянные или периодические, при движении или в покое. Ограничение подвижности – нет/есть: в каких суставах, и в каком объеме. Утренняя скованность – нет/есть: продолжительность. Отечность и покраснение – нет/есть: локализация.

Кости: Боли – нет/есть: локализация, характер, периодичность, иррадиация, связь с движением.

Мышцы: Боли – нет/есть: локализация, характер, периодичность,

иррадиация, связь с движением. Судороги – нет/есть: локализация, связь с физической нагрузкой.

Система дыхания

Дыхание через нос – свободное, затрудненное. Выделения из носа – нет/есть: количество, характер. Носовые кровотечения – нет/есть: частота, интенсивность. Боли в горле – нет/есть. Ощущения сухости, царапанья в горле – нет/есть. Изменение голоса – нет/есть: какое.

Кашель – нет/есть: постоянный или периодический, время и условия его появления (ночью, утром), характер кашля (сухой или с выделением мокроты), сопровождается ли болями в грудной клетке. Зависимость появления и интенсивности кашля от положения тела пациента.

Мокрота – нет/есть: отходит легко или с трудом, характер и цвет мокроты (слизистый, слизисто-гнойный, кровянистый, жидкая, густая, вязкая, тягучая), количество за сутки (несколько плевков, четверть стакана, до полулитра и более), зависит ли выделение мокроты от положения тела пациента. Запах мокроты – нет/есть: обычный, приторно-сладкий, гнилостный.

Кровохарканье – нет/есть: его частота, интенсивность, количество выделяемой крови (прожилки крови в мокроте, один или несколько плевков, большое количество), характер (кровь с мокротой, жидкая кровь, сгустками, пенистая), цвет (алый, темный).

Боль в грудной клетке – нет/есть: постоянная или периодическая, локализация, характер (острая, тупая, колющая, ноющая), связь с дыханием, кашлем, положением тела, иррадиация,

Одышка – нет/есть: постоянная или периодическая, время и условия ее появления (ночью, утром, днем, вечером, при физическом напряжении, в покое), характер одышки (на вдохе, на выдохе, смешанная). Положение, облегчающее состояние пациента.

Удушье – нет/есть: характер удушья, сила и продолжительность приступов, факторы, провоцирующие приступы, мероприятия, способствующие ликвидации удушья.

Сердечно-сосудистая система

Боли в области сердца – нет/есть: локализация (за грудиной, в области верхушки), характер (сжимающие, жгучие, тупые, острые, колющие, ноющие), интенсивность, иррадиация (в левую лопатку, руку, ключицу, левую половину нижней челюсти и т.д.), приступообразные (продолжительность) или постоянные, причина появления болей (физическое напряжение, волнение и т.д.), бывают ли боли в покое. Мероприятия, облегчающие самочувствие пациента (покой, вынужденное положение, нитроглицерин, валидол, сердечные капли, успокоительные средства).

Сердцебиение – нет/есть: постоянное или периодическое, длитель-

ность, интенсивность, при каких условиях появляется (в покое, при незначительной физической нагрузке, после приема пищи и т.д.).

Перебои в работе сердца – нет/есть: постоянные или периодические, условия, при которых они появляются (после физической нагрузки, волнения, приема пищи, в покое, во время сна). Мероприятия, помогающие уменьшить перебои в работе сердца (покой, задержка дыхания на некоторое время, прием антиаритмических препаратов, успокоительных средств и т. д.).

Отеки – нет/есть: локализация, степень выраженности, постоянные или исчезающие, время появления (утром, вечером), цвет (бледно-розовый, бледный, синюшный).

Система пищеварения

Аппетит: хороший, повышенный, пониженный, отсутствует. Насыщаемость: быстро ли появляется, отсутствие после приема достаточного количества пищи. Отвращение к пище – нет/есть (к каким продуктам, в какой степени). Извращение вкуса – нет/есть. Жажда: сухость во рту – нет/есть. Количество выпиваемой жидкости за сутки. Слюнотечение – нет/есть.

Вкус во рту: нормальный, кислый, горький, металлический, сладковатый. Отсутствие вкусовых ощущений – нет/есть.

Жевание: хорошо ли пережевывает пищу, если нет, то почему (боли, отсутствие зубов и т. д.). Глотание: свободное, затрудненное, невозможное. Болезненность при глотании – нет/есть.

Прохождение пищи по пищеводу: свободное, затрудненное – постоянно или периодически, для твердой или жидкой пищи. На каком уровне ощущает остановку пищи. Болезненность – нет/есть.

Изжога – нет/есть: частота, интенсивность и длительность, с чем связана (с приемом пищи и какой, с переменой положения тела и т.д.). Что облегчает изжогу.

Отрыжка – нет/есть: воздухом, съеденной пищей, горькая, кислая, тухлым яйцом, с каловым запахом. Связана ли с приемом пищи. Частота и продолжительность.

Тошнота – нет/есть: частота, продолжительность, интенсивность, ее зависимость от приема и характера пищи (натощак, после приема пищи). Сопровождается ли рвотой.

Рвота – нет/есть: натощак, после приема пищи (немедленно или через определенное время (какое), независимо от приема пищи, на высоте болей. Частота рвоты. Вкус во рту после рвоты (кислый, горький, без вкуса). Количество рвотных масс (обильное, небольшое). Запах (кислый, гнилостный, зловонный). Характер рвотных масс: съеденной пищей, желчью, кровью (алая, темная, в виде «кофейной гущи»). Облегчение после

рвоты – нет/есть.

Боли в животе – нет/есть: локализация (в подложечной области, правом или левом подреберьях, в подвздошных областях, околопупочной и т. д.). Постоянные или периодические. Связь болей с приемом пищи (натошак, через какое время после приема пищи), с ее характером (грубая, острая, сладкая, соленая и т. д.). Связь болей со временем суток, физическими нагрузками, ходьбой, ездой в транспорте, работой и т. д. Связь болей с актом дефекации – нет/есть: усиливаются, уменьшаются после дефекации. Иррадиация болей (в спину, плечо, лопатку, пах, ногу и т.д.). Характер болей: острые, тупые, ноющие, тянущие, жгучие, режущие, опоясывающие и т.д. Продолжительность и интенсивность болей.

Чувство распирания и тяжести в животе – нет/есть: зависимость от приема и рода пищи. Вздутие живота – нет/есть: разлитое, локализованное. Отхождение газов (свободное, обильное, затрудненное). Жжение, зуд, боли в области заднего прохода – нет/есть. Выпадение геморроидальных шишек, выпадение прямой кишки – нет/есть.

Стул – регулярный (частота), нерегулярный: реже 1 раза за двое суток или чаще 2 раз в сутки (связь с волнением и характером пищи). Консистенция и форма кала: оформленный, колбасовидный, ленточный, «овечий», кашицеобразный, жидкий, водянистый, в виде «рисового отвара» и т. д. Наличие примесей в кале – нет/есть: слизь, кровь, гной, остатки непереваренной пищи, глисты. Цвет кала: коричневый, темный, дегтеобразный, глинистый, красный. Запах кала: обычный, кислый, зловонный. Ложные позывы – нет/есть.

Система мочеотделения

Боли – нет/есть: локализация (поясничная область, над лобком, по фланкам), характер (ноющие, тупые, острые), постоянные, периодические или приступообразные. Условия, при которых появляются боли (переохлаждение, физическое напряжение, мочеиспускание, тряска, интенсивная ходьба, прием спиртных напитков и т.д.). Иррадиация болей (в надлобковую область, в пах, в половые органы). Поведение пациента во время приступа. Мероприятия, облегчающие состояние (грелка, горячая ванна, инъекции обезболивающих средств и т. п.). Сопровождаются ли боли дизурическими расстройствами, рвотой, повышением температуры тела.

Мочеиспускание: свободное, произвольное или затрудненное. Боли (рези, жжение) при мочеиспускании (в начале, в конце, в течение всего периода мочеиспускания). Частота за сутки (особенно ночью). Количество выделяемой мочи за сутки. Наличие ложных позывов на мочеиспускание. Изменение струи мочи (тонкая, слабая, прерывистая). Цвет мочи (соломенно-желтый, темный, цвета пива, цвета «мясных помоев» и т.д.). Выделение видимой крови с мочой – нет/есть.

Нервная система

Сон: нормальный/нарушен (бессонница, трудное засыпание, тревожный сон, сновидения, сонливость днем).

Настроение: ровное, спокойное, неустойчивое, возбужденное, тревожное, подавленное, апатичное.

Память: сохранена/снижена (на отдельные текущие события, недавние или отдаленные во времени).

Общительность: взаимоотношения на работе и в семье, легкость привыкания к новой обстановке, реакция на различные события в жизни.

Головные боли – нет/есть: локализация, характер, интенсивность, периодичность, время и условия появления болей, продолжительность. Сопровождаются ли головные боли тошнотой, рвотой. Мероприятия, облегчающие самочувствие пациента (покой, тугая, давящая повязка, компресс, холод, тепло, прием анальгетиков, транквилизаторов и т. п.).

Головокружение – нет/есть: частота, условия появления (переход из горизонтального в вертикальное положение, физическая нагрузка, учащение дыхания, прием лекарств). Связь с головными болями, обмороками. Мероприятия, облегчающие самочувствие пациента.

Приливы крови к голове (ощущения внезапного жара) – нет/есть: время, условия появления.

Органы чувств

Зрение: нормальное/сниженное (близорукость, дальнозоркость). Пользуется ли очками. Нет ли мелькания мушек перед глазами, пелены, сетки и т. п.

Слух: нормальный, пониженный, глухота. Шум в ушах - нет/есть: постоянный или периодический. Выделения из ушей – нет/есть: их характер (гнойный, сукровичный).

Обоняние: хорошо различает запахи, обостренное, сниженное.

Осязание: нормальное, пониженное.

Вкус: сохраненный, нарушенный.

2.2. История заболевания (anamnesis morbi)

В данном разделе необходимо отразить следующие вопросы:

Когда и как (первые симптомы) началось заболевание (внезапное или постепенное начало). Что послужило причиной заболевания, как развивались симптомы заболевания.

Если заболевание хроническое: состоит ли пациент на диспансерном учете по месту жительства по поводу данного заболевания, с какого времени.

Как часто (в течение года) имеют место обострения заболевания (в случае хронического течения) и проводилось ли его лечение под наблюдением врача (амбулаторно или стационарно).

С какого времени последнее ухудшение состояния.

Какие исследования проводились до момента настоящего обращения.

Основные методы лечения до поступления в стационар, их результаты (ухудшение или уменьшение симптомов заболевания на фоне лечения).

Кем направлен пациент (доставлен скорой медицинской помощью, обратился самостоятельно, участковым терапевтом).

Причины настоящей госпитализации в клинику (отсутствие эффекта от проводимого амбулаторного лечения, уточнение диагноза и т. д.).

2.3. История жизни (*anamnesis vitae*)

Краткие биографические данные: место рождения, особенности дошкольного и школьного периода жизни. Учеба, образование, специальность (в случае необходимости все описывается в хронологическом порядке). Для мужчин – служба в армии (войска), если не служил – причина освобождения от воинской службы.

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, периоды ее, характер и условия труда. Особое внимание обращается на работу во вредных условиях (химические факторы, ионизирующая радиация, лучевая энергия, высокочастотное поле, перегревание или переохлаждение, вибрация, запыленность и др.).

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия (удовлетворительные, неудовлетворительные). Питание (регулярность приема пищи, характер пищи).

Вредные привычки: курение (с какого возраста, число сигарет в день), употребление алкоголя (в каком количестве, как часто и с какого времени), употребление наркотических веществ (в каком количестве, с какого времени).

Перенесенные заболевания: в детстве и в последующие периоды жизни с указанием даты установления диагноза. Ранения, контузии и их последствия. Протекание беременности, количество родов. Болел ли вирусным гепатитом, туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями.

Семейный анамнез и наследственность: состояние здоровья кровных родственников, наличие у них онкозаболеваний, летальных исходов в молодом возрасте от сердечно-сосудистых и других заболеваний.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (назвать аллерген и указать вид аллергической реакции – шок, крапивница, отек Квинке и т.д.). Были ли переливание крови, кровезаменителей – нет, да: реакции на вве-

дение, в каком виде.

II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (STATUS PRAESENS)

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: ясное, помраченное (указать вид нарушения сознания).

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: нормостеническое, астеническое, гиперстеническое (обосновать!). Рост, масса тела. Индекс Кетле.

Кожа: цвет (для представителей европеоидной расы бледно-розовый, бледный, красный, цианотичный, желтушный, бронзовый, серый и др.). Влажность кожи (нормальная, повышенная, сухость). Эластичность (эластичная, снижение тургора кожи). Наличие очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет/есть: локализация, размеры, цвет, характер и т. д.

Видимые слизистые оболочки: цвет (бледно-розовый, бледный, красный, синюшный). Наличие высыпаний, кровоизлияний и т. д. – нет/есть: локализация, размеры.

Волосы: тип оволосения (соответствует ли полу), рост (обильный, скудный, отсутствие).

Ногти: форма правильная – овальная, ровная поверхность, прозрачные, изменение формы – нет/есть: в виде «часовых стекол», койлоникий и т.д.). Наличие исчерченности, ломкости, матовости ногтей.

Подкожная клетчатка: степень развития, места наибольшего отложения жира. Толщина кожной складки.

Отёки – нет/есть: локализация (лицо, веки, конечности, поясница, общие), цвет кожи в области отеков, степень выраженности, консистенция (плотные, мягкие, тестоватые), симметричность.

Лимфатические узлы (подкожные): увеличение – нет/есть: указать группы увеличенных лимфатических узлов. Размеры увеличенных лимфоузлов, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность между собой и с окружающими тканями, изменения кожи над ними (покраснение, изъязвление).

Мышцы: степень развития (хорошая, слабая, атрофия), тонус (нормальный, повышен, понижен), мышечная сила. Болезненность при пальпации нет/есть: каких мышц. Судороги нет/есть: тонические, клонические, тетанические.

Кости: деформация, болезненность при пальпации – нет/есть: локализация.

Суставы: дефигурация, деформация – нет/есть: локализация, вид дефигурации. Болезненность при пальпации и движении – нет/есть: лока-

лизация. Изменение цвета и температуры кожи над суставами – нет/есть: локализация. Ограничение активной и пассивной подвижности суставов – нет/есть: в каком суставе, вид ограничения движения. Наличие хруста при исследовании активной подвижности – нет/есть (в каких суставах).

Осмотр головы, лица, шеи

Голова: форма, величина (овальная, круглая, квадратная, микроцефалия, макроцефалия и т.д.), положение (прямое, с наклоном в сторону, запрокинутая назад), подвижность (свободная, ограниченная). Наличие произвольных движений головы в виде тремора, покачивания.

Лицо: выражение (спокойное, возбужденное, маскообразное, страдальческое и др.). Цвет кожи лица (бледно-розовый, гиперемия, цианоз и т.д.).

Глаза: глазная щель правильной формы, расширена, сужена. Наличие косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска. Зрачки (сужены, расширены, неравномерность – анизокория, реакция на свет), конвергенция, аккомодация. Веки (наличие отеков, опущения, дрожания, симптомов Грефе, Мебиуса, Штельвага и др.).

Нос: форма правильная, деформация – нет/есть. Движение крыльев носа при дыхании – нет/есть.

Зев: цвет (розовый, красный и т.д.) Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпи – нет/есть.

Шея: длинная, короткая, толстая, тонкая.

Увеличение щитовидной железы – нет (указать размер долей и ширину перешейка)/есть: степень увеличения (обосновать). Наличие бугристости, степень плотности, болезненность, подвижность при глотании и пальпации.

Система дыхания

Осмотр грудной клетки

Статический осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки нормальная (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая) или патологическая (паралитическая, эмфизематозная, воронкообразная, ладьевидная, кифосколиотическая) – обосновать по всем параметрам: степень выраженности над- и подключичных ямок, межреберные промежутки (ширина), надчревный угол (прямой, острый, тупой), положение лопаток (отстают, плотно прилегают), ход ребер, соотношение размеров (боковой к передне-заднему).

Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки – нет/есть: локализация.

Динамический осмотр грудной клетки:

Участие обеих половин в акте дыхания (равномерное, отставание одной из них - указать какой), тип дыхания (грудной, брюшной, смешан-

ный), ритм дыхания (ритмичное, неритмичное), частота и глубина (глубокое, поверхностное), наличие одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная). Результат измерения экскурсии грудной клетки (разница между окружностью грудной клетки на высоте вдоха и выдоха – в см).

Пальпация грудной клетки

Ригидность грудной клетки: нормальная, снижена, повышена.

Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника – нет/есть: локализация болезненности.

Голосовое дрожание на симметричных участках и его характеристика: одинаковое, усилено, ослаблено, отсутствует – указать локализацию.

Перкуссия грудной клетки

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках характеристика перкуторного звука (ясный легочной, тупой, притупленный, тимпанический, коробочный, металлический - указать локализацию).

Аускультация легких

Везикулярное дыхание на симметричных участках – не изменено, изменено: ослаблено, усилено, жесткое с удлиненным выдохом, отсутствует (локализация).

Бронхиальное дыхание: физиологическое/патологическое: локализация.

Добавочные дыхательные шумы – нет/есть: сухие хрипы (жужжащие, свистящие), влажные хрипы (мелко-, средне- и крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры. Локализация добавочных шумов.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки (определяется одинаково, усилена, ослаблена, отсутствует – указать локализацию).

Система кровообращения

Осмотр области сердца и сосудов

Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) - нет/есть.

Верхушечный толчок – отрицательный/положительный/не виден.

Сердечный толчок – нет/есть: локализация.

Надчревная пульсация – нет/есть: изменение при дыхании, положении пациента.

Пульсация сосудов шеи и других зон – нет/есть: локализация пульсации, ее отношение к пульсации сонных артерий (положительный или отрицательный венный пульс).

Пальпация области сердца и сосудов

Пальпация верхушечного толчка и определение его свойств (локализация, площадь, высота, резистентность), смещаемость в положении на левом боку.

Наличие «кошачьего мурлыканья» – нет/есть: систолическое, диастолическое, локализация.

Пальпация пульса на лучевых артериях и определение его свойств: одинаковый ли на обеих руках, ритм, частота, наполнение, напряжение, величина, состояние артериальной стенки (эластичная, мягкая, гладкая, твердая, неровная и т. д.). Дефицит пульса – нет/есть: разница между частотой сердечных сокращений и частотой пульса.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorsalis ped. (симметрично).

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

Правая граница относительной тупости сердца – локализация.

Правый контур сердца – локализация по межреберьям.

Левая граница относительной тупости сердца - локализация.

Левый контур сердца – локализация по межреберьям. Конфигурация сердца (нормальная, аортальная, митральная, «бычье сердце»).

Верхняя граница относительной тупости сердца – локализация.

Размеры поперечника относительной тупости сердца: справа, слева, общий (в см).

Ширина сосудистого пучка (во втором межреберье) – в см.

Аускультация сердца и сосудов

Ритм сердца: правильный, неправильный (характер аритмии).

Тоны сердца: ясные, громкие, тихие, глухие. Соотношение громкости 1-го и 2-го тонов во всех точках аускультации: изменение 1-го тона – нет/есть: усиление, ослабление, хлопающий, расщеплён, раздвоен (локализация); изменение 2-го тона – нет/есть: ослабление, усиление, с металлическим оттенком, расщепление, раздвоение (локализация). Наличие добавочных тонов – нет/есть: ритм «перепела», ритм галопа (систолический, протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический).

Шумы сердца – нет/есть: систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Место наилучшего выслушивания шума, его интенсивность (выраженный, слабый), тембр (нежный, мягкий, грубый, свистящий, напоминающий шум пилы и т.д.), продолжительность (короткий, продолжительный), проведение шума (в подмышечную ямку, в межлопаточное пространство, на сосуды шеи, в точку Боткина-Эрба и т. д.).

Изменение тонов и шума (усиление или ослабление) при перемене положения тела пациента (стоя, лежа, на левом боку, после физической

нагрузки, задержке дыхания).

Экстракардиальные шумы – нет/есть: шум трения перикарда, плеврореперикардальный шум.

Аускультация крупных сосудов: сонной и бедренной артерии, яремной вены и т. д. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артериях – нет/есть.

Измерение артериального давления

Измеряется на обеих руках систолическое и диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.) – сидя/стоя (по показаниям).

Система пищеварения

Запах изо рта: обычный, фруктовый, тухлых яиц, гнилостный и т.д.

Слизистая оболочка ротовой полости: цвет, наличие пигментации, афт, кровоизлияний, изъязвлений, молочницы и т.д.

Десны: нормальные, наличие разрыхленности, кровоточивости (нет/есть).

Зубы: характеристика зубного ряда (состояние зубов, их отсутствие, наличие кариозных зубов, состояние пломб, коронок, мостов).

Язык: цвет, сухой или влажный, чистый или обложен (каким налетом), наличие трещин и изъязвлений, увеличение (нет/есть). Отклонение языка в сторону при высовывании: нет/есть.

Исследование живота в вертикальном положении

Осмотр

Форма живота (нормальная конфигурация, выпячен, втянут), наличие асимметрий и местных выпячиваний, расширение вен на передней брюшной стенке («голова медузы»), рубцов, стрий, сыпи, пигментации. Пупок (втянут, выпячен).

Перкуссия живота

Характеристика перкуторного звука от эпигастрия к гипогастрию (наличие признаков ожирения, метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости).

Аускультация эпигастральной области

Через какое время после проглатывания жидкости появляются первый и второй шумы (в секундах). Наличие крепитации после приема насыщенного раствора соды (по показаниям!) – нет/есть: умеренная по звучности и калибру, обильная или незвучная.

Исследование живота в горизонтальном положении

Осмотр

Форма живота, ее изменение по сравнению с вертикальным положением. Пупок (втянут, выпячен).

Перкуссия

Характеристика перкуторного звука (в положении на спине) по направлению от пупка к эпигастрию, гипогастрию, фланкам, «на боку» от верхнего фланка через пупок к нижнему фланку (для дифференциальной диагностики асцита, ожирения, метеоризма). При необходимости пальпаторное подтверждение асцита методом флюктуации.

Аускультация живота

Кишечная перистальтика (количество перистальтических движений в минуту) над тонким и толстым кишечником (в области илеоцекального угла, точке Поргеса, сигмовидной кишки).

Поверхностная ориентировочная пальпация

Наличие болезненности, резистентности или напряжения мышц передней брюшной стенки, выявление опухолевидных образований или грыж с указанием локализации. При наличии избыточной подкожной клетчатки живота дифференцировать с отеком передней брюшной стенки.

Перкуссия печени

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии _____

правой срединно-ключичной линии _____

правой окологрудной линии _____

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии _____

правой срединно-ключичной линии _____

правой окологрудной линии _____

передней срединной линии _____

левой окологрудной линии _____

Измерение высоты печеночной тупости по:

правой передней подмышечной линии _____

правой срединно-ключичной линии _____

правой окологрудной линии _____

Определение размеров печени по Курлову по:

правой срединно-ключичной линии _____

передней срединной линии _____

левой реберной дуге _____

Пальпация печени

Характеристика края печени (острый, закругленный), консистенции (мягкая, эластичная, плотная). Болезненность при пальпации – нет/есть.

Мочеполовая система

Осмотр поясничной области

Выпячивания поясничной области – нет/есть: локализация. Покраснение и отечность кожи – нет/есть: локализация.

Перкуссия почек

Симптом поколачивания (положительный, отрицательный, локализация).

Пальпация мочеточниковых точек

Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночниковых точек для выявления болезненности – нет/есть, локализация.

Аускультация почек

Наличие шума в реберно-позвоночном углу – нет/есть: локализация, систолический или диастолический.

III. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В хронологическом порядке приводятся данные лабораторного обследования: общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови, анализа кала, анализа мокроты, желудочного сока, дуоденального содержимого и т.д. (см. приложение 1).

Далее указываются все виды инструментального обследования пациента с подробным описанием полученных данных.

Заключения специалистов-консультантов

Для установления окончательного диагноза пациенты нередко осматриваются смежными специалистами, т.к. заключение консультанта может служить одним из обоснований диагноза.

IV. ДНЕВНИК

Дневник медицинской карты заполняется в дни курации (если их было 2 и более) и отражает динамику состояния пациента за истекшее время и эффективность назначаемых лечебных мероприятий.

N.B.! Если пациента курировали только 1 день – Дневник писать не надо!

V. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз – это краткая формулировка заболевания. На основании жалоб пациента (указать каких), данных анамнеза (указать каких), данных

осмотра и физикального исследования (указать каких), данных лабораторных и инструментальных методов исследования (указать каких) выставляется диагноз основного заболевания.

В клиническом диагнозе указывают:

1. Диагноз основного заболевания, степень тяжести, функциональный класс, функциональную недостаточность органа
2. Осложнения основного заболевания (перечислить)
3. Сопутствующие заболевания.

VI. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

В этом разделе размещают все виды лечебных мероприятий, рекомендуемых пациенту:

1. Режим (общий, палатный, постельный, строгий постельный и т.д.)
2. Диета (стол Б, П, Д и др.)
3. Медикаментозное лечение: название основных групп препаратов (антиаритмические, гипотензивные, антибактериальные, муколитики и проч.) с выписанным рецептом одного-двух препаратов из каждой группы.
4. Физиолечение (указать вид).
5. Другие виды лечения (бальнеолечение, ЛФК, ДГ, массаж и проч.)
6. Профилактические мероприятия (улучшение условий труда и быта, закаливание, ограничение физических нагрузок и т.д.).

ДАТА _____

КУРАТОР (подпись студента) _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.**Нормальные величины лабораторных показателей.****ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

Показатель		Единицы СИ
Гемоглобин:	М Ж	130,0-160,0 г/л 120,0-140,0 г/л
Эритроциты:	М Ж	$4,0-5,0 \cdot 10^{12}$ в 1 л $3,9-4,7 \cdot 10^{12}$ в 1 л
Цветовой показатель		0,85-1,05
Ретикулоциты %		0,2-1,2
Тромбоциты		$180,0-320,0 \cdot 10^9$ в 1 л
Лейкоциты		$4,0-9,0 \cdot 10^9$ в 1 л
Нейтрофилы:		
Палочкоядерные		1-6 %
Сегментоядерные		45-70 %
Эозинофилы		0,5-5 %
Базофилы		0-1 %
Лимфоциты		18-40 %
Моноциты		2-9 %
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ):	М Ж	2-10 мм/ч 2-15 мм/ч
Гематокрит:	М Ж	40-48 % 36-42 %

ИОНОГРАММА СЫВОРОТКИ КРОВИ

Показатель	Единицы СИ
Натрий (22,989)	130 - 157 ммоль/л
Калий (39,102)	3,4 - 6,3 ммоль/л
Кальций (40,08)	2,2 - 2,75 ммоль/л
Магний (24,312)	0,75 - 1,4 ммоль/л
Хлориды (35,453)	95 - 110 ммоль/л

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Показатель		Единицы СИ ⁺
Глюкоза		4,2-6,1 ммоль/л
Мочевина		2,5-8,3 ммоль/л
Креатинин	М Ж	0,044-0,115 ммоль/л 0,044-0,088 ммоль/л
Общий белок		65-85 г/л
Белковые фракции: альбумины глобулины α ₁ -глобулины α ₂ -глобулины β-глобулины γ-глобулины		53,9-62,1 % 37,9-46,1 % 2,7-5,1 % 7,4-10,2 % 11,7-15,3 % 12,8-19 %
Общий холестерин (ОХС)		3,1-5,2 ммоль/л
ХС ЛПВП		0,9-1,9 ммоль/л
ХС ЛПНП		< 2,2 ммоль/л
Индекс атерогенности		до 4,0 ед.
Триацилглицериды		0,40-2,1 ммоль/л
Серомукоид		до 0,28 г/л
Гаптоглобин		0,9-4 г/л
Тимоловая проба		до 4 ед.
Билирубин общий Непрямой		8,5-20,5 мкмоль/л до 16,5 мкмоль/л
Ревматоидный фактор (РФ)		до 8 МЕ/л
Антистрептолизин-О		до 250 МЕ/л
С-реактивный протеин (СРП)		до 6,0 мг/л
Сиаловые кислоты		125-200 усл.ед.
Протромбин		1,4-2,1 мкмоль/л
Протромбиновый индекс (ПТИ)		0,8-1
Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)		0,1-0,45 ммоль/ч • л (5-40 МЕ)
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)		0,1-0,68 ммоль/ч • л (8-55 МЕ)
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)		0,8-4,0 ммоль/ч • л (до 460 МЕ)
γ-Глутамилтрансфераза (γ-ГГТП):	М Ж	до 50 МЕ до 35 МЕ
Щелочная фосфатаза общая (ЩФ)		до 120 МЕ/ л
α-амилаза		12-32 мг/ч • мл (<96 ед/л)
Креатинфосфокиназа (КФК) Фракции КФК: ВВ МВ ММ		24-170 ЕД/л отсутствуют < 4-6 % > 94-96 %
Тропонин		отрицательный
Фибриноген		2,0-4,0 г/л
Железо сыворотки крови:	М Ж	10,0-30,0 мкмоль/л 9,0-29,0 мкмоль/л

КОАГУЛОГРАММА

Показатель	Нормальные величины
Продолжительность кровотечения (по методу Дюке)	3 - 4 мин
Время свертывания крови (по методу Ли-Уайта)	5-10 мин
Тромбоэластограмма: - время реакции - время коагуляции - максимальная амплитуда	R - 5-7 мин К - 3-7 мин МА - 25-55 мин
Время рекальцификации плазмы	60-120 сек
Толерантность плазмы к гепарину	7-15 мин
Фибриноген плазмы (весовой метод)	2-4 г/л
Фибриноген В плазмы	Не определяется
Протромбиновое время	11-15 с
Протромбиновый индекс (ПТИ) плазмы капиллярной крови	90-105% 93-107%
Потребление протромбина	80-100%
Международное нормализованное отношение (МНО)	1,0-1,4
Антитромбиновая активность	90-110%
Тромбиновое время	28-32 с
Фибринолитическая активность плазмы	3 – 4 часа
Плазминоген	75-140%
D-D-димеры	< 0,5 мкг/мл
Частичное активированное тромбопластиновое время (АЧТВ)	35-50 с
Растворимые фибринмономерные комплексы (РФМК)	27,2-40,3 мкг/л

АНАЛИЗ МОЧИ ОБЩИЙ

Показатель	Нормальная величина
Относительная плотность мочи	1008-1026
Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	полная (моча прозрачная)
Реакция pH	нейтральная, слабокислая, слабощелочная (4,5-8,0)
Белок	отсутствует или следы
Сахар	отсутствует (не более 0,02 %)
Ацетон	отсутствует
Уробилин	отсутствует
Билирубин	отсутствует
Эпителий плоский	0-5 в поле зрения
Эпителий почечный	отсутствует
Лейкоциты	0-3 в поле зрения
Эритроциты	0-1 в поле зрения
Цилиндры	отсутствуют
Слизь	незначительное количество
Бактерии	незначительное количество (до 50000 в 1 мл)
Неорганический осадок	<ul style="list-style-type: none"> • оксалаты – при любой реакции; • при кислой реакции – кристаллы мочевой кислоты, ураты; • при щелочной реакции – аморфные фосфаты, мочекислый аммоний, трипельфосфаты

АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО

Показатель	Нормальная величина
Лейкоциты	до $4,0 \cdot 10^6 / \text{л}$
Эритроциты	до $1,0 \cdot 10^6 / \text{л}$
Цилиндры	до $250 \cdot 10^3 / \text{л}$

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

Показатель	Нормальная величина
Суточное количество мочи	65-75 % выпитой жидкости
Дневной диурез	$\frac{3}{4}$ суточного диуреза
Относительная плотность мочи	1012-1024
Колебание относительной плотности мочи	не менее 8 единиц

ПРОБА РЕБЕРГА

Показатель	Нормальная величина
Клубочковая фильтрация	75-125 мл/мин
Канальцевая реабсорбция	97-99 %

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА

Показатель	Нормальная величина
Количество в сутки	100-250 г
Консистенция	оформленный (мягкий и плотный)
Форма	цилиндрическая
Цвет	коричневый
Реакция	нейтральная и слабощелочная
Слизь, кровь	отсутствуют
Мышечные волокна	отдельные переваренные (потерявшие исчерченность)
Соединительная ткань	отсутствует
Жирные кислоты	отсутствуют
Растительная клетчатка: <ul style="list-style-type: none"> • переваримая • непереваримая 	единичные клетки или группы в разных количествах (в зависимости от пищи)
Крахмал	отсутствует
Иодофильная флора	отсутствует
Слизь, эпителий	отсутствует
Лейкоциты	единичные

РН-МЕТРИЯ ЖЕЛУДКА

рН тела желудка		Состояние кислотообразующей функции желудка
Базальная секреция	Стимулированная секреция	
< 1,5	< 1,2	гиперацидное состояние
1,6 – 2,0	1,2 – 2,0	нормацидное состояние
2,1 – 6,0	2,1 – 3,0	гипоацидное состояние
>6,0	> 3	анацидное состояние
	> 5	Антацидное состояние
рН антрального отдела желудка		Ощелачивающая функция
> 5,0	> 6,0	компенсация ощелачивания
	4,0-5,9	снижение ощелачивающей функции
2,0 – 4,9	2,0 – 3,9	субкомпенсация ощелачивания
< 2,0	< 2,0	декомпенсированная ощелачивающая функция

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ СПИРОГРАФИИ

Показатели	Сокращенные обозначения	Норма величины в % к должной (Д)
Жизненная емкость легких (vital capacity)	ЖЕЛ (VC)	> 80%
Форсированная жизненная емкость легких (forced vital capacity)	ФЖЕЛ (FVC)	> 80%
Объем форсированного выдоха за 1 сек (л) (forced expiratory volume in 1 sek (liter))	ОФВ ₁ (FEV ₁)	> 80%
Объем форсированного выдоха в %% к ФЖЕЛ (forced expiratory volume in 1 sek as percentage of FVC)	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ (FEV/ FVC)	> 70%
Объемная форсированная скорость выдоха интервале 25% ФЖЕЛ (mean forced expiratory flow during the 25% of FVC)	МОС ₂₅ (FEF (MEF)25)	> 60%
Объемная форсированная скорость выдоха интервале 50% ФЖЕЛ (mean forced expiratory flow during the 50% of FVC)	МОС ₅₀ (FEF (MEF)50)	> 60%
Объемная форсированная скорость выдоха интервале 75% ФЖЕЛ (mean forced expiratory flow during the 75% of FVC)	МОС ₇₅ (FEF (MEF)75)	> 60%
Объемная форсированная скорость выдоха в интервале 25-75% ФЖЕЛ (mean forced expiratory flow during the middle of FVC)	СОС ₂₅₋₇₅ (МОС ₂₅₋₇₅) (FEV 25-75)	> 75%
Пиковая объемная форсированная скорость выдоха (peak expiratory flow)	ПОС _{выд} (PEF)	> 60%

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО (отличия экссудата от транссудата)

Показатель	Транссудат	Экссудат
Относительная плотность	1005 – 1015	более 1015
Белок, г/л	5 – 25	более 30
Проба Ривальта	отрицательная	положительная
Лейкоциты (в п/зр)	до 15	более 15

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ В НОРМЕ

1. Ритм – синусовый.

2. Подсчет амплитуды зубцов и длительности интервалов:

Зубцы и интервалы	Амплитуда	Продолжительность при V – 50 мм/сек
P	до 2,5 мм	до 0,1 сек
Q	До 1/4 R	до 0,03 сек
R	до 20 мм (V _{5,6} до 26 мм)	0,03 – 0,04 сек
S	до 8 мм (в I, II) до 25мм (V _I)	до 0,03 сек
T	до 1/2 - 1/3 R	0,16 сек
P-Q		0,12 – 0,2 сек
QRS (учитывая более продолжительный)		0,06 – 0,09 (0,1) сек
Q-T		0,35 – 0,42 сек
R-R		0,75 – 1,0 сек
ST	Изoeлектричен	до 0,1 сек

3. Частота сердечного ритма ($ЧСС = 60 / (R - R)$) 60-90 в минуту.

4. Отклонение сегмента S-T от изолинии: в отведениях от конечностей не более $\pm 0,5$ мм, в грудных отведениях V₁₋₃ не более 2 мм вверх, в V₄₋₆ не более 0,5 мм вниз.

5. Изменение зубца T: в норме зубец T всегда положительный в отведениях I, II, aVF, V₂₋₆, причем T_I > T_{II}, а T в V₆ > T в V₁; в отведении aVR зубец T всегда отрицательный.

6. Угол α в градусах: от 30° до 70° – нормальное (промежуточное) положение электрической оси сердца (э.о.с.), от 0° до 30° – горизонтальное положение э.о.с, более 70° и до 90° – вертикальное положение э.о.с.

Заключение – указывается последовательно: ритм, положение электрической оси сердца, дается трактовка изменений зубцов, интервалов и сегментов.

Учебное издание
Дроздова Маргарита Степановна
Драгун Оксана Викторовна,
Соболева Людмила Валентиновна и др.

**ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ПРАВИЛА
ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ**
Методические рекомендации
по дисциплине «Внутренние болезни» для студентов
стоматологического факультета

Методические рекомендации
Редактор Л.В. Соболева
Компьютерная верстка Ю.В. Прищепова
Корректор О.В. Драгун

Подписано в печать _____. Формат бумаги 64×84 1/16.
Бумага типографская №2. Ризография. Усл. печ. листов _____.
Уч.-изд. л. _____. Тираж _____ экз. Заказ №_____.

Издатель и полиграфическое исполнение:
УО "Витебский государственный медицинский университет"
ЛП № 02330/453 от 30.12.2013
пр. Фрунзе, 27, 210602, Витебск